

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**MARCELO HENRIQUE OLIVEIRA AMARANTE**

**IMPORTÂNCIA DA INTERDISCIPLINARIDADE NA CONDUÇÃO DO  
PLANO DE AÇÃO PARA INTERVENÇÃO SOBRE A HIPERTENSÃO  
ARTERIAL SISTÊMICA, EM CÓRREGO FUNDO - MINAS GERAIS**

**FORMIGA - MG**

**2014**

**MARCELO HENRIQUE OLIVEIRA AMARANTE**

**IMPORTÂNCIA DA INTERDISCIPLINARIDADE NA CONDUÇÃO DO  
PLANO DE AÇÃO PARA INTERVENÇÃO SOBRE A HIPERTENSÃO  
ARTERIAL SISTÊMICA, EM CÓRREGO FUNDO - MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Kátia Lúcia Moreira Lemos

**FORMIGA - MG**

**2014**

**MARCELO HENRIQUE OLIVEIRA AMARANTE**

**IMPORTÂNCIA DA INTERDISCIPLINARIDADE NA CONDUÇÃO DO  
PLANO DE AÇÃO PARA INTERVENÇÃO SOBRE A HIPERTENSÃO  
ARTERIAL SISTÊMICA, EM CÓRREGO FUNDO - MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Kátia Lúcia Moreira Lemos

Banca Examinadora

Prof.<sup>a</sup> Kátia Lúcia Moreira Lemos – Orientador

Prof.<sup>a</sup> Eulita Maria Barcelos – Examinador

Aprovado em Belo Horizonte: 14/06/2014

*"O interdisciplinar não é algo que se ensine ou se aprenda. É algo que se vive. É fundamental uma atitude de espírito. Atitude feita de curiosidade, de abertura, de sentido de aventura, de busca, de intuição das relações existentes entre as coisas e que escapam da observação comum."*

Hilton Japiassu

## RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica foi tomada como objeto de estudo deste trabalho em virtude do diagnóstico situacional realizado no território de abrangência da Unidade de Atenção Primária à Saúde Cristino Antônio de Faria, Córrego Fundo, Minas Gerais. A partir deste diagnóstico, a hipertensão arterial foi destacada como sendo um dos problemas existentes na área e, posteriormente, priorizada para ser enfrentada. O diagnóstico situacional foi elaborado pelos profissionais da equipe através do método da Estimativa Rápida. No mês de setembro de 2012, dados foram levantados a partir de fontes secundárias (registros existentes), observação ativa e entrevistas com informantes-chave. Adicionalmente, sabendo da importância do tratamento não medicamentoso da hipertensão, o trabalho também aborda e revisa a relevância da interdisciplinaridade na condução do plano de ação para intervenção sobre a hipertensão arterial sistêmica. Com isso, além de elaborar um plano de ação para intervenção sobre a doença hipertensiva no território de abrangência, o presente trabalho também avalia a importância da interdisciplinaridade na condução dessa proposta intervencionista. A revisão literária mostra que trabalhar em equipe é um recurso estratégico de organização do trabalho que contribui para o alcance de melhores resultados e para aumentar a satisfação do trabalhador nas tarefas realizadas. Contudo, muitos trabalhadores da saúde ainda não estão preparados para o exercício de suas atividades em conjunto com outros profissionais. Muitas vezes, cada profissional desempenha sua função sem ter conhecimento dos objetivos e prioridades da instituição, e isso prejudica a continuidade das ações e o bom entrosamento da equipe.

**Palavras-chave:** Hipertensão. Saúde da família. Educação em saúde. Equipe de assistência ao paciente. Pesquisa interdisciplinar.

## ABSTRACT

Systemic hypertension was taken as the object of study of this document due to the situational diagnosis conducted in the coverage area of the Unidade de Atenção Primária à Saúde Cristino Antônio de Faria, Córrego Fundo, Minas Gerais. From this diagnosis, arterial hypertension was highlighted as one of the existing problems in the area and subsequently prioritized to be faced. The situational diagnosis was prepared by professionals team through the Rapid Estimation method. In September 2012, data were collected from secondary sources (existing records), active observation and interviews with key informants. Additionally, knowing the importance of nonpharmacological treatment of hypertension, the study also discusses and reviews the relevance of interdisciplinarity in the conduction of the action plan for intervention on hypertension. Thus, in addition to preparing an action plan for intervention on hypertensive disease in the coverage area, this study also assesses the importance of interdisciplinarity in the conduction of this interventionist proposal. The literature review shows that teamwork is a strategic resource of work organization that contributes to achieve better results and increase worker satisfaction in the tasks performed. However, many health workers are not prepared to exercise their activities in conjunction with other professionals. Often, each professional performs its function without knowledge of the objectives and priorities of the institution, and this undermines the continuity of actions and the team bonding.

**Keywords:** Hypertension. Family health. Health education. Patient care team. Interdisciplinary research.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura	1 - Árvore explicativa do problema hipertensão arterial	34
Quadro	1 - Guia de priorização	13
Quadro	2 - Guia de priorização	31
Quadro	3 - Descritores do problema hipertensão arterial sistêmica	32
Quadro	4 - “Nós críticos” selecionados	35
Quadro	5 - Desenho de operações para os “nós críticos” do problema	36
Quadro	6 - Identificação dos recursos críticos necessários	38
Quadro	7 - Propostas de ações para a motivação dos atores	39
Quadro	8 - Plano operativo	42
Quadro	9 - Planilha para acompanhamento de projetos	44

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MG	Minas Gerais
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>13</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>15</b>
<b>4 MÉTODOS.....</b>	<b>16</b>
<b>5 BASES CONCEITUAIS.....</b>	<b>17</b>
5.1 Trabalho em equipe na atenção primária à saúde.....	19
5.2 A equipe na atenção primária à saúde.....	22
5.3 Serviços de apoio às equipes.....	22
5.4 Dificuldades e desafios para o trabalho em equipe.....	23
5.5 Pertinência da graduação frente às demandas atuais.....	24
<b>6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>30</b>
6.1 Definição dos problemas.....	30
6.2 Priorização de problemas.....	30
6.3 Descrição do problema selecionado.....	32
6.4 Explicação do problema.....	33
6.5 Seleção dos “nós críticos” .....	33
6.6 Desenho das operações.....	35
6.7 Identificação dos recursos críticos.....	35
6.8 Análise de viabilidade do plano.....	38
6.9 Elaboração do plano operativo.....	41
6.10 Gestão do plano.....	41
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>49</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>52</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>54</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença multifatorial bastante comum em nosso meio. Sendo marcada por níveis pressóricos elevados e sustentados, ela se encontra associada a várias condições clínicas de elevada morbimortalidade, tais como "acidente vascular cerebral, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica, doença arterial obstrutiva periférica, dentre outras" (MACHADO *et al.*, 2004, p.79). Pela natureza assintomática desta doença, grande parte da população hipertensa não é diagnosticada até apresentar o seu primeiro evento cardiovascular.

Considerada como um dos principais problemas de saúde pública existentes, a hipertensão apresenta elevado custo social e financeiro para as nações. Comumente ela é descoberta com facilidade e em geral controlada com abordagem adequada. "Contudo, entre as pessoas com hipertensão, apenas 70% têm conhecimento de seu problema, 59% estão sob tratamento e 34% atingem controle adequado" (SOUTH-PAUL; MATHENY; LEWIS, 2010, p.370).

Embora a terapia farmacológica reduza os riscos de doenças cardiovasculares de maneira mais clara e evidente, modificações nos hábitos de vida são também importantes no manejo e na prevenção primária da hipertensão arterial sistêmica. Estas mudanças comportamentais diminuem a pressão arterial, aumentam a eficácia das drogas anti-hipertensivas, minimizam o risco cardiovascular global, enfatizam o papel ativo dos pacientes no controle da pressão arterial e têm baixo custo quando comparadas à terapia medicamentosa.

Para ratificar a importância do parágrafo anterior e destacar a relevância da abordagem não farmacológica na hipertensão arterial sistêmica, segundo Duncan *et al.* (2011, p.642),

[...] costuma-se rotular a hipertensão como primária ou essencial, um conceito que denota desconhecimento da causa. Esse entendimento deve ser revisto, pois a grande maioria dos casos de hipertensão arterial tem sua ocorrência explicada por interação entre predisposição genética (história familiar de hipertensão), fatores ambientais e outras características individuais, como obesidade, excessiva ingestão de cloreto de sódio, transtornos do sono, uso abusivo de bebidas alcoólicas. O reconhecimento das causas da hipertensão arterial orienta a escolha de medidas dirigidas à sua prevenção primária.

Contextualizando o município, Córrego Fundo é um município do estado de Minas Gerais que já pertenceu às cidades de Ouro Preto, São João Del Rei, Tiradentes, Itapeçerica e, por último, Formiga. Situado às margens da Rodovia MG-050, o município foi emancipado em 21 de dezembro de 1995, após plebiscito realizado em 23 de outubro do mesmo ano (WIKIPÉDIA, 2014).

A cidade conta atualmente com dois centros de atendimento básico à população. Um deles é a Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) Cristino Antônio de Faria, que ganha destaque aqui por ter sido nosso campo de estudo. Trata-se de uma construção relativamente nova que foi edificada e inaugurada pela gestão passada e está localizada logo na entrada do Córrego Fundo de Baixo. O território de abrangência do centro de saúde em questão conta com, aproximadamente, 2.473 moradores (802 famílias cadastradas) e é dividido em cinco microáreas, estando a micro 03 localizada em Falhas e Sobradinho, zonas rurais de Córrego Fundo-MG (CÓRREGO FUNDO, 2010).

Apesar dos esforços despendidos para implantar a Estratégia de Saúde da Família (ESF) em sua plenitude na cidade de Córrego Fundo, a conjuntura atual mostra indícios de um sistema estruturado para atender prioritariamente os pacientes com doença já instalada, focalizando a intervenção no momento em que o agravo já aconteceu. Na verdade, o modelo de organização da atenção primária à saúde de Córrego Fundo sugere estar em processo de desenvolvimento e ainda sofrer influências que remontam ao tempo em que o município pertencia à Formiga-MG.

A vontade política de organizar modelos assistenciais mais complexos esbarra na formação curativista da maioria dos profissionais de saúde e na lógica de apagar incêndio e atender, prioritariamente, a demanda espontânea (DUNCAN *et al.*, 2011). É preciso que cada vez mais o Programa de Saúde da Família (PSF) seja entendido como uma política de Estado, ou seja, ele deve ser incorporado e mantido como estratégia estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS), independentemente do partido político dos gestores que estejam à frente do governo municipal. Nessa perspectiva, segundo Duncan *et al.* (2011, p.70), "o PSF seria a principal política para responder aos vazios assistenciais na atenção primária e poderia ser o centro de uma estratégia para consolidar o SUS como opção assistencial".

Portanto, com o intuito de fortalecer essa política da atenção primária à saúde, recentemente um diagnóstico situacional da área de abrangência da UAPS Cristino Antônio de Faria foi elaborado pelos profissionais de saúde da equipe. Os dados foram levantados a partir de fontes secundárias (registros existentes), observação ativa e entrevistas com informantes-chave.

Nesse diagnóstico situacional realizado identificamos a existência de diversos problemas. Como a lista de problemas foi extensa, tivemos que estabelecer, coletivamente, as prioridades. Essa priorização acontece pela dificuldade de se resolver todos os problemas ao mesmo tempo - faltam recursos financeiros, humanos, materiais e outros.

Para que a tarefa de ordenação dos problemas ficasse mais prática e palpável, decidimos priorizar os problemas em função do grau de importância e urgência em serem solucionados e da capacidade de enfrentamento pelos atores locais com os recursos disponíveis. Assim sendo, elegemos a hipertensão arterial sistêmica como problema a ser enfrentado primeiramente. É importante salientar que o ato de priorizar não significa que vamos deixar de atuar nas demais áreas, e sim que, nesse determinado momento, estaremos dando maior importância às ações e atividades que foram priorizadas.

Escolhido o problema, procuramos ponderar a dimensão da hipertensão arterial dentro da nossa realidade e, em seguida, na tentativa de entendermos a gênese desse problema prioritário, realizamos um esquema explicativo da doença. Elegemos alguns "nós críticos" com base nesse esquema explicativo e, partir de então, ocorreu o desenho das operações, a identificação dos recursos críticos necessários para o desenvolvimento das operações, a análise de viabilidade do plano, a elaboração do plano operativo propriamente dito e, por fim, a sua gestão.

Para concretização da proposta de intervenção, vários profissionais da equipe da já mencionada unidade de saúde tiveram que "forçadamente" se unir e trabalhar juntos nesse plano de ação. Isso porque, no dia a dia, cada categoria profissional desenvolve seu campo de conhecimento e sua prática isoladamente das outras. Como o conhecimento científico racionalista trabalha com o indivíduo e sua compartimentalização, nos centros de saúde as várias categorias profissionais

trabalham paralelamente, havendo pouca ou nenhuma discussão entre elas, resultando em planos e projetos inoperantes e fragmentados (DUNCAN *et al.*, 2011).

Para agravar a situação, cada colega de trabalho é bastante diferente do outro e tem suas peculiaridades, seus hábitos, seus costumes e sua cultura. Dessa forma, é inevitável que surja o seguinte questionamento: como um grupo de pessoas tão diferentes pode enfrentar diversos conflitos e dificuldades?

Diante do exposto e da complexidade da realização de um diagnóstico e de um plano de intervenção de tal magnitude, fica a sensação de que um grupo de pessoas diferentes com um objetivo em comum, se unindo para conseguir finalizar um trabalho, tem maior garantia de resolubilidade. O senso comum nos leva a conceber como impossível a coordenação e a estruturação de um plano de ação nas características mencionadas por um único indivíduo. Esse tipo de conhecimento intuitivo torna necessária a condução de todo o processo por uma equipe interdisciplinar e disposta a somar habilidades.

No entanto, é lícito dizer que, por se tratar de um conhecimento empírico e dotado de intuição, uma revisão literária se torna necessária para sustentação das respostas provisórias prestadas ao problema delineado.

## 2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica foi tomada como objeto de estudo deste trabalho em função do diagnóstico situacional realizado no território de abrangência da UAPS Cristino Antônio de Faria. A partir deste diagnóstico, a hipertensão arterial sistêmica foi destacada como sendo um dos problemas existentes na área e, posteriormente, priorizada para ser enfrentada.

Na tarefa de priorização, os problemas identificados no diagnóstico situacional foram ordenados de acordo com o guia disponibilizado a seguir (Quadro 1):

**Quadro 1 - Guia de priorização**

Guia de Priorização	
<b>1 - Grau de Importância</b>	( - ) não é importante
	( + ) é importante
	( ++ ) muito importante
<b>2 - Grau de Urgência</b>	( - ) não é urgente
	( + ) é urgente
	( ++ ) muito urgente
<b>3 - Capacidade de Enfrentamento pelos Atores Locais</b>	
<b>3.1 - Recursos Humanos</b>	( - ) incapazes de enfrentar
	( + ) capazes de enfrentar
	( ++ ) muito capazes de enfrentar
<b>3.2 - Recursos Materiais</b>	( - ) não disponíveis e impossíveis mediante custo ou complexidade
	( + ) disponíveis ou possíveis de serem disponibilizados
	( ++ ) sempre disponíveis (de uso comum e frequente)
<b>3.3 - Parcerias</b>	( - ) impossíveis para o momento
	( + ) possíveis, mas de difícil realização
	( ++ ) possíveis de serem realizadas a curto prazo ou já existentes
<b>4 - Somamos (somar os +)</b>	

Fonte: Plano de ação para intervenção sobre o problema selecionado a partir do diagnóstico situacional realizado na área de abrangência da UAPS Cristino Antônio de Faria, Córrego Fundo/MG, 2012.

Tomando como base a soma feita no guia de priorização, escolhemos a hipertensão arterial sistêmica como problema a ser enfrentado primeiramente.

Na elaboração da descrição do problema hipertensão, verificamos que 22,53% da população com 20 anos de idade ou mais, residente no território de abrangência da UAPS em questão, é hipertensa.

Na seleção dos "nós críticos" feita a partir do esquema explicativo da doença, estilo de vida (sedentarismo, obesidade, hábitos alimentares, tabagismo e alcoolismo) foi escolhido como um desses nós a serem enfrentados pela equipe. Tal escolha ratifica nossa crença de que a abordagem interdisciplinar desempenha papel importante e indispensável no tratamento da HAS.

Por fim, diante da importância do tratamento não medicamentoso no contexto da hipertensão, decidimos explorar a relevância da interdisciplinaridade na condução do plano de ação para intervenção sobre a hipertensão arterial sistêmica na área de abrangência da UAPS Cristino Antônio de Faria.

Esse interesse particular advém da infeliz constatação de que muitos profissionais no Brasil não estão dispostos a trabalhar em equipes multiprofissionais e enfrentar o processo saúde-doença em sua real complexidade (DUNCAN *et al.*, 2011). Muitas vezes, cada profissional desempenha sua função sem ter clareza dos objetivos e prioridades da instituição, e isso prejudica a continuidade das ações e o bom entrosamento da equipe (STAUDT, 2008). Portanto, a discussão dos conceitos de interdisciplinaridade dentro da realidade atual do PSF é de fundamental importância para provocar mudanças nos diversos profissionais envolvidos com a estratégia de saúde da família.

Para agravar o quadro, de acordo com os autores Araújo e Rocha (2007), há uma nítida escassez de produções científicas nacionais envolvendo o assunto. Isso porque o PSF surgiu no cenário da saúde brasileira somente em meados dos anos 90, justificando, assim, essa carência de trabalhos sobre equipe de saúde a ele vinculado.

### **3 OBJETIVOS**

Elaborar um plano de ação para intervenção sobre a hipertensão arterial sistêmica no território de abrangência da UAPS Cristino Antônio de Faria, em Córrego Fundo-MG, e avaliar a importância da interdisciplinaridade na condução dessa proposta intervencionista.

## 4 MÉTODOS

A realização do presente trabalho se apoiou no diagnóstico situacional realizado na área de abrangência da UAPS Cristino Antônio de Faria, localizada no município de Córrego Fundo-MG, em uma revisão literária envolvendo o tema e, por último, na elaboração de um plano de intervenção sobre o problema selecionado a partir desse diagnóstico feito.

O diagnóstico situacional da área de abrangência da UAPS Cristino Antônio de Faria foi elaborado pelos profissionais da equipe de saúde através do método da Estimativa Rápida. No mês de setembro de 2012, os dados foram levantados a partir de fontes secundárias (registros existentes), observação ativa e entrevistas com informantes-chave.

Pesquisa bibliográfica do tema de estudo foi realizada com a proposta de oferecer “meios para definir, resolver, não somente problemas já conhecidos, como também explorar novas áreas onde os problemas não se cristalizaram suficientemente” (MANZO, 1971 *apud* MARCONI; LAKATOS, 2010, p.166). Assim sendo, “a pesquisa bibliográfica não é mera repetição do que já foi dito ou escrito sobre certo assunto, mas propicia o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem, chegando a conclusões inovadoras” (MARCONI; LAKATOS, 2010, p.166).

Diversos livros e cadernos foram consultados na construção do documento em questão e buscas nas principais bases de dados existentes se deram a partir dos seguintes descritores exatos: Hipertensão, Saúde da Família, Educação em Saúde, Equipe de Assistência ao Paciente e Pesquisa Interdisciplinar. Como critério de inclusão, foram selecionados estudos no idioma português, dando preferência para aqueles publicados nos últimos 12 anos.

Finalmente, por meio de uma leitura sensata e ponderada das fontes de consulta utilizadas, este documento foi elaborado com vistas a avaliar a importância da abordagem interdisciplinar na condução do plano de ação para intervenção sobre a hipertensão arterial sistêmica na área de abrangência já mencionada, propor um plano de intervenção adequado para o problema levantado a partir do diagnóstico e, por fim, alcançar os objetivos propostos.

## 5 BASES CONCEITUAIS

Existe uma grande variedade de conceitos de trabalhos em equipe disponíveis na literatura. Uma definição ideal poderia resultar da somatória de prerrogativas e pressupostos indispensáveis e complementares. Para Gusso e Lopes (2012, p.289),

[...] o trabalho em equipe pode ser definido como um conjunto de pessoas com conhecimentos diversos, mas que se unem em objetivos comuns, negociam entre si e elaboram um plano de ação bem definido, trabalhando em consonância e com comprometimento mútuo, complementando o trabalho com suas habilidades variadas, aumentando a chance de êxito no resultado do trabalho empreendido.

Trabalhar em equipe é uma atividade complexa e que necessita de muitos atributos. É importante compreender e tentar aplicar cada critério identificado como importante para se executar um trabalho em equipe. Segundo Araújo e Rocha (2007), o trabalho em equipe visa a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença.

Uma equipe é composta por todos que irão trabalhar com um mesmo propósito. Todos os integrantes da equipe devem participar ativamente das reuniões, expressar suas ideias e externar suas experiências. Os mais tímidos e introvertidos devem ser estimulados e encorajados a falar sempre que tiverem a sensação de que têm uma contribuição a dar. A diversidade de ideias na discussão propicia um resultado muito mais rico. Mas, para o fim ser mesmo satisfatório para todos, as propostas elencadas devem ser organizadas em um plano de ação bem definido e factível. Isso não só traz satisfação a todos como também evita frustrações.

Quando a equipe é composta por mais de uma disciplina, com pessoas de profissões diferentes, a relação entre seus membros pode ser caracterizada por: multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade, transdisciplinaridade e interdisciplinaridade (GUSSO; LOPES, 2012).

A interdisciplinaridade, em destaque no presente estudo, é quando várias disciplinas diferentes e de níveis diversos trocam experiências de forma integrada e coordenada com um objetivo comum (GUSSO; LOPES, 2012). Pressupõe um trabalho concatenado e com intuito comum, partilhado por vários ramos do saber, de forma interligada e convergente (SANTOS; CUTOLO, 2003). Para atingir esse

objetivo comum, “deve-se estabelecer entre os membros da equipe uma nova concepção de trabalho que admita a diversidade de ação, busque constantemente o consenso e que esteja baseada na interdisciplinaridade” (ARAÚJO; ROCHA, 2007, p.461).

Os estudos à disposição de todos não são muito esclarecedores sobre a origem do trabalho em equipe. Contudo, desde a pré-história, há indícios de que o homem se juntava aos seus semelhantes para unir forças em prol da sua sobrevivência. “Eles já observavam que somar as habilidades individuais dos integrantes de um grupo possibilitava resultados melhores do que os obtidos com o trabalho realizado individualmente” (VESCE, 2008 *apud* GUSSO; LOPES, 2012, p.288).

Entendendo o que motiva um sujeito a se associar a outros para a efetivação de um trabalho, é possível evoluir para uma outra fase, que é a identificação da válvula propulsora que movimentava esse grupo. Parece que quando todos os envolvidos em uma determinada proposta intervencionista têm a mesma ambição de sucesso, externam melhor as suas competências relacionadas à proposta (GUSSO; LOPES, 2012).

Um grupo de pessoas diferentes pode enfrentar várias dificuldades e obstáculos, mas os estudos mostram que essas diferenças, se bem trabalhadas, com paciência e respeito, podem ocasionar um resultado rico, muito mais que se finalizado individualmente. “As diferenças valorizam o produto final de um trabalho em equipe” (TEIXEIRA, 2011 *apud* GUSSO; LOPES, 2012, p.289).

O mundo moderno tem se desenvolvido com uma alta complexidade de necessidades, de cobranças e de relacionamentos. Essa realidade exige uma enorme vastidão de conhecimentos e de invenções tecnológicas densas, avançadas e onerosas para o sistema. Uma saída inteligente imposta para o sucesso de um projeto de intervenção é a união dos pares, em uma relação de complementaridade de habilidades e saberes.

## 5.1 Trabalho em equipe na atenção primária à saúde

O envelhecimento da população brasileira, a diminuição da mortalidade infantil, o aumento da expectativa de vida e o aumento da prevalência de doenças crônicas favorecem a valorização da Atenção Primária à Saúde (APS), assim como de todos os princípios que fundamentam esse nível de atenção à saúde.

Hoje, o conceito de saúde é amplo, pois abrange todas as intervenções de fatores biopsicossociais, econômicos e culturais no processo do adoecimento. Considerando essa amplitude, o trabalho em equipe vem como resposta à necessidade de resolubilidade, atenção integral e acessibilidade para a APS. Destaca-se ainda que o trabalho em equipe implica o compartilhar do planejamento, a divisão de tarefas, a cooperação e a colaboração. A interação democrática entre diferentes atores, saberes, práticas, interesses e necessidades representam a possibilidade do novo no trabalho conjunto (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

De acordo com Gusso e Lopes (2012), desde 1991, já havia, na APS, o trabalho organizado em equipes com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Com a implantação do Programa de Saúde da Família no Brasil, em 1994, o Ministério da Saúde determina o trabalho em equipe como um dos princípios básicos para o exercício do processo de trabalho na APS.

A equipe básica é composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS) - o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família. Em 2000, a equipe básica foi ampliada, agregando-se a ela uma equipe de saúde bucal composta por cirurgião dentista e auxiliar de consultório dentário, podendo-se ter ainda um técnico de higiene bucal, com trabalho integrado a uma ou duas equipes (GUSSO; LOPES, 2012).

Em maio de 2006, o Ministério da Saúde publica a nova Política Nacional da Atenção Básica, determinando que a APS no Brasil precisaria ter a sua estrutura reorganizada e a Estratégia de Saúde da Família deveria substituir o modelo tradicional. A existência de uma equipe multiprofissional seria considerada como um requisito primordial para a implantação de uma equipe e para o desenvolvimento de projetos na comunidade. O trabalho interdisciplinar, integrando áreas técnicas

diversas e profissionais de diferentes formações, caracterizaria o processo de trabalho determinado (GUSSO; LOPES, 2012).

Para Araújo e Rocha (2007), a ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos. De acordo com esses mesmos autores, a abordagem integral dos indivíduos/famílias é facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes interdisciplinares.

Na visão de Castro e Dias (2007), o cuidado em saúde, quando exercido com as devidas características de interdisciplinaridade, obtém melhores resultados, em termos de qualidade técnica e humana, do que as formas usuais de organização do cuidado que estão centradas no monoprofissionalismo do médico ou na plenipotência de seu saber. É sempre bom lembrar que a estruturação do trabalho em equipes interdisciplinares no PSF, por si só, não garante uma ruptura com a dinâmica médico-centrada; para tanto, há necessidade de dispositivos que alterem a dinâmica do trabalho em saúde, nos fazeres do cotidiano de cada profissional.

Na publicação de Castro e Dias (2007), estudos recentes sobre o trabalho em equipe no PSF revelam ausência de responsabilidade coletiva do trabalho e baixo grau de interação entre as categorias profissionais; que apesar do discurso de teor igualitário, os membros das equipes de saúde da família mantêm representações sobre hierarquia entre profissionais e não-profissionais, nível superior e nível médio de educação.

Também é mencionada no trabalho desses mesmos autores a existência de uma tensão entre fragmentação e integração do processo de trabalho, havendo assim o risco de os profissionais se isolarem em seus "núcleos de competência", ou de que os planos de ação sejam realizados de forma isolada e justaposta. São reproduzidos assim vários planos de fragmentação, tanto na organização do trabalho e dos saberes, quanto na interação entre os sujeitos (CASTRO; DIAS, 2007).

Em seu estudo, a autora Staudt (2008) chega a questionar se é possível haver interdisciplinaridade em atenção primária à saúde. Ela afirma categoricamente que é possível, porém difícil. Ao envolver vários atores sociais, não é uma tarefa

fácil, visto que a construção de um trabalho interdisciplinar depende de muitos fatores.

Ainda de acordo com a psicóloga Staudt (2008), para a equipe interagir de forma a compartilhar seus saberes, necessita conhecer o papel de cada disciplina, conhecer as suas especificidades, ou seja, conhecer o outro por meio de suas competências específicas. A divisão de trabalho coletivo dá-se apreendendo os papéis a serem desempenhados pelos diferentes atores envolvidos. Esta categoria desperta também o reconhecimento de que a base da relação interdisciplinar pressupõe a existência de disciplinas caracterizadas por conceitos particularizados.

Da mesma forma, é preciso não apenas conhecer o saber técnico do outro, mas conhecer a equipe nas suas diferenças culturais e sociais, aproximando os sujeitos uns dos outros, a fim de haver um relacionar-se do grupo. Esse "relacionar-se" tem como pressupostos a tolerância, o respeito e a comunicação (STAUDT, 2008).

De acordo com Loch-Neckel *et al.* (2009), ultrapassar o âmbito individual e clínico exige mudanças na maneira de atuar e na própria organização do trabalho. Cada profissional precisa desempenhar sua profissão em um processo de trabalho coletivo, cujo resultado deve ser a consequência de um trabalho que é realizado de forma completa a partir da contribuição específica das diversas áreas profissionais. Para realmente ultrapassar o âmbito individual, é necessário conhecer e analisar o trabalho, verificando as atribuições específicas e do grupo, na unidade, no domicílio e na comunidade, como também compartilhar conhecimentos e informações.

Para Araújo e Rocha (2007), o estabelecimento de uma relação dialógica no interior das unidades de saúde poderia contribuir para a superação de relações hierarquizadas, em que os profissionais raramente conhecem as potencialidades dos outros, reproduzindo, dessa forma, a divisão social do trabalho e estabelecendo relações de mando e autoridade.

Conforme Santos e Cutolo (2003), essa relação dialógica mencionada, pautada na interdisciplinaridade, tornar-se-ia a pedra de toque da mudança dos valores profissionais que, por sua vez, levaria a uma melhor operacionalização dos princípios do SUS, tornando reais conceitos como universalidade, equidade e integralidade. Esses princípios podem vir a ser o motor da transformação conceitual

do (in)consciente coletivo da população, que ainda não absorveu a importância vital da ênfase à prevenção e à promoção da saúde.

Por fim, cabe ressaltar que a interdisciplinaridade é uma prática dinâmica. Nem todos os momentos vividos numa Unidade de Saúde são interdisciplinares e não se é interdisciplinar sempre, com todos os membros da equipe. Há espaço para o trabalho disciplinar e a capacidade de reconhecer situações interdisciplinares é que constitui uma habilidade a se desenvolver (GUSSO; LOPES, 2012).

## **5.2 A equipe na atenção primária à saúde**

As orientações normativas ministeriais em relação ao trabalho em equipe na APS estão descritas na Portaria n. 648/GM de 28 de março de 2006 e reproduzidas no anexo A do presente trabalho. Atribuições mínimas específicas de cada categoria profissional também são destacadas na referida portaria (Anexo B).

## **5.3 Serviços de apoio às equipes**

Não se pode escrever sobre o trabalho em equipe na ESF sem relatar a grande importância do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O NASF vem como resposta às angústias da equipe já existente, com uma proposta de torná-la ainda mais multiprofissional e com funcionamento pautado na interdisciplinaridade. Seus principais objetivos são o aumento da resolubilidade e a ampliação da abrangência da atenção à saúde no nível primário, atuando diretamente no apoio das equipes e de sua população adscrita (GUSSO; LOPES, 2012). De acordo com Duncan *et al.* (2011, p.98),

[...] em alguns municípios brasileiros várias categorias profissionais da saúde vem desenvolvendo ações de importância e impacto na qualidade de vida da população dentro da ESF em parceria com os membros da equipe mínima. Em 2001 o Ministério da Saúde iniciou o financiamento de projetos de Residências Multiprofissionais em Saúde da Família. No âmbito destes cursos de pós-graduação psicólogos, assistentes sociais, educadores físicos, fisioterapeutas, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais e nutricionistas, vem reconstruindo sua prática profissional e a partir de reflexões coletivas construindo o Campo Comum de práticas e saberes na Estratégia de Saúde da Família. As competências próprias de cada uma

destas categorias profissionais dentro do Campo Comum da ESF vem sendo publicadas em diversas bibliografias passíveis de consulta a fim de aprofundar o conhecimento sobre o tema.

Gusso e Lopes (2012) enfatizam que o NASF é um passo adiante para o atendimento do que dispõe a Constituição da República Federativa do Brasil e a Lei nº 8.080/1990 em relação à integralidade da atenção à saúde e à garantia de condições de bem-estar físico, mental e social às pessoas e à coletividade. Trata-se de uma conquista natural, considerando-se os avanços precedentes.

O objetivo do NASF é, em essência, ampliar a resolubilidade das ações da atenção básica, “apoiando a inserção da ESF na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica” (BRASIL, 2008 *apud* GUSSO; LOPES, 2012, p.308). Dessa forma, não se deve olhar o NASF como uma equipe à parte, e sim como um grupo de profissionais de diferentes áreas de conhecimento que compartilham práticas em saúde nos territórios de responsabilidade das equipes da ESF, com o objetivo comum de melhorar a saúde das pessoas que vivem nesses territórios (GUSSO; LOPES, 2012).

#### **5.4 Dificuldades e desafios para o trabalho em equipe**

Segundo Castro e Dias (2007), a teoria do trabalho em equipe é muito interessante, mas a prática do trabalho em equipe no PSF mostra que a realidade envolve conflitos, falta de capacitação, perfil inadequado, desinteresse e desmotivação.

São numerosos os fatores que prejudicam o trabalho em equipe e comprometem a qualidade do trabalho. Entre as dificuldades existentes para esse tipo de trabalho, podemos citar a desarticulação entre ações curativas, educativas e administrativas; baixo grau de interação entre médicos, enfermeiras e agentes; ausência de comunicação entre os integrantes das equipes; alta rotatividade dos profissionais de saúde; falta de supervisão e acompanhamento da coordenação municipal; e dificuldade para a realização de reuniões participativas (GUSSO; LOPES, 2012).

De acordo com Araújo e Rocha (2007), se não houver interação entre os profissionais das equipes, corre-se o risco de repetir a prática fragmentada,

desumana e centrada no enfoque biológico individual com diferente valoração social dos diversos trabalhos.

Outros obstáculos e desafios à interdisciplinaridade no campo de Saúde Pública podem, de pronto, ser apontados: falta de capacitação e inexperiência dos profissionais de saúde; falta de habilidade da liderança para delegar tarefas; conflitos entre os membros da equipe; e tamanho da equipe (equipes menores são mais fáceis de trabalhar, a comunicação se desenvolve mais fluentemente, sendo mais fácil administrar os conflitos). As condições de trabalho, salários, competências e responsabilidades são outros motivos que geralmente causam segmentação na equipe e desconsideração de suas ações de saúde (OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

Não poderíamos deixar de destacar e detalhar um dos principais problemas que dificultam a prática da interdisciplinaridade no trabalho das equipes: a formação profissional insuficiente e inadequada, que prioriza conhecimentos técnicos adquiridos e desconsidera práticas populares da comunidade na qual a equipe é inserida. Além disso, ela privilegia o trabalho individual em relação ao coletivo, o que prejudica a integração da equipe e a aplicação da prática necessária (LOCH-NECKEL *et al.*, 2009).

Finalmente, correndo o risco de sermos demasiadamente simplistas, como desafios, temos a necessidade imperiosa de mudar a cultura da organização verticalizada do trabalho para a horizontalidade imprescindível no trabalho em equipe; compreender a necessidade de preservar a autonomia individual e ao mesmo tempo estabelecer uma condição de interdependência contínua entre os membros; aceitar que, em cada projeto, pode-se ter um líder diferente; lidar com as diferenças e usar os conflitos a favor do sucesso do projeto; e, por fim, incutir em todos o sentimento de comprometimento pelos resultados (GUSSO; LOPES, 2012).

## **5.5 Pertinência da graduação frente às demandas atuais**

Formar profissionais da saúde é uma prática milenar que passou por profundas transformações ao longo dos séculos. Pode-se dizer que, enquanto prática social, o ensino acompanhou e foi partícipe das principais revoluções na história da humanidade. Desde as primeiras práticas de embalsamamento, no Egito

antigo, até o implante de células-tronco, o conhecimento sobre a arte de curar foi repassado, compreendido, contestado e reinventado (GUSSO; LOPES, 2012).

A arte de ensinar sobre o adoecimento e sobre as possibilidades de intervenção sobre ele esteve presente nas ilhas gregas, assim como em Roma; resistiu perseguida pelo fogo da inquisição; ajudou a inaugurar as primeiras universidades europeias; apoiou a invenção das aglomerações urbanas no embrião do desenvolvimento do capitalismo; e seguiu com ele acompanhando o avanço da ciência moderna. Hoje, insumos hospitalares e o trabalho em saúde movimentam uma grande indústria, comparada à indústria de armas, o que certamente influencia na forma como os saberes são construídos (GUSSO; LOPES, 2012).

Considerado como um marco desta história mais recente, o Relatório Flexner, resultado de pesquisa desenvolvida por Abraham Flexner e financiada pela Fundação Rockefeller, retrata esta aliança embrionária. Como descrevem Pagliosal e Da Ros, “a avaliação nada criteriosa empreendida por Flexner abre as portas para a fecunda relação entre o grande capital, a corporação médica e as universidades nos Estados Unidos do início do século XX” (PAGLIOSAL; DA ROS, 2008 *apud* GUSSO; LOPES, 2012, p.374).

Ainda para Gusso e Lopes (2012), os efeitos desta aliança só seriam sentidos na segunda metade do século passado, quando diversos setores da sociedade começaram a anunciar a crise da saúde. Desta forma, organismos internacionais, governos nacionais e a sociedade dão início a um movimento heterogêneo, em diversas partes do mundo, que exigia mudanças no ensino da saúde. Estes movimentos, em muitos países, acompanharam as mudanças na organização dos sistemas nacionais de saúde. No Brasil, foram contemporâneos e inseridos no movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que culminou com a criação do SUS.

A implantação do SUS em nosso país, a partir do conceito de saúde como um direito da população e dever do Estado, presente na Constituição Federal de 1988 e posteriormente regulamentado através de Leis Federais, trouxe um novo direcionamento para as políticas públicas de saúde, consolidadas através dos princípios doutrinários e organizativos do SUS: universalidade, equidade, integralidade, regionalização, hierarquização, descentralização administrativa e participação popular (SANTOS; CUTOLO, 2003).

No entanto, apesar de o Sistema Único de Saúde ser amparado pela Constituição Federal e regulamentado por Leis, são grandes os obstáculos para sua consolidação, os quais se relacionam à necessidade de substituição de uma prática - que, por muitas décadas, foi arraigada nos aspectos curativos, na assistência hospitalar e na superespecialidade - por outra prática que valoriza a integralidade, o cuidado humanizado e a promoção da saúde. O principal indício de que será possível implantar um novo modelo de atenção está na formação profissional condizente com as novas necessidades das práticas em saúde (MARIN *et al.*, 2010).

Em consonância com Staudt (2008), a educação em saúde é vista como uma proposta metodológica capaz de influenciar a inversão do paradigma tradicional da atenção e da formação em saúde, sugerindo o abandono das formas conservadoras de ensino e tendo sustentação na troca sistemática entre saberes.

Impõe-se, portanto, um grande desafio às instituições comprometidas com a formação de profissionais para a área da saúde, pois é preciso considerar que as ações de saúde se desenvolvem em cenários complexos e extremamente heterogêneos, e que devem ter como foco as necessidades de saúde da comunidade, e, como norte, a construção do SUS (MARIN *et al.*, 2010).

Na busca de se favorecer a formação de sujeitos com visão ampliada de saúde, ativos e comprometidos com a transformação da realidade, faz-se necessário introduzir novas formas de produzir o conhecimento, até então representado pela disciplinaridade, fragmentação do objeto e crescente especialização (MARIN *et al.*, 2010). Apesar do Conselho Nacional de Saúde reconhecer quatorze profissões como componentes do quadro de saúde e pressupor a necessidade do trabalho interdisciplinar, as academias do país continuam a ignorar tal realidade e muitas formações ainda têm dificuldades para respeitar o saber do outro (STAUDT, 2008).

Santos e Cutolo (2003) enxergam essas deficiências como resultado de currículos de graduação que não preveem, em sua grade disciplinar, um espaço para o trabalho em equipe, onde cada futuro profissional seja capaz de conceber espaços de atuação conjunta. Acrescenta-se a este fato a estrutura flexneriana dos currículos que dificulta a integração entre as diversas disciplinas básicas e clínicas/profissionalizantes dos cursos da saúde, com seu caráter biologicista e,

porque não, reducionista, que transforma o profissional num técnico e o paciente num objeto de intervenção e estudo, sem personalidade e sem alma.

Na ESF, esse modelo simbolizado pela disciplinaridade e fragmentação não responde aos problemas complexos que precisam ser enfrentados. A formação tradicional em saúde, baseada na organização disciplinar e nas especialidades, conduz ao estudo fragmentado dos problemas de saúde das pessoas, levando à formação de especialistas que não conseguem mais lidar com as totalidades ou com realidades complexas. Formam-se profissionais que dominam diversos tipos de tecnologias, mas cada vez mais incapazes de lidar com a subjetividade e a diversidade moral, social e cultural das pessoas (SANTOS; CUTOLO, 2003).

Partindo de uma visão sistêmica, o indivíduo é um todo que faz parte de uma família, inserida em uma comunidade, em determinado bairro ou distrito, cidade ou país, em um determinado tempo histórico. Assim sendo, torna-se necessária uma abordagem totalizadora para que se alcance o objetivo de promover saúde, entendida como qualidade de vida. As várias categorias profissionais, nesse caso, devem necessariamente trabalhar em conjunto, havendo espaço para a aplicação do núcleo de conhecimento exclusivo de cada uma em muitas situações (DUNCAN *et al.*, 2011).

Entretanto, muito frequentemente ocorrem situações complexas na comunidade que requerem uma abordagem interdisciplinar. Os novos e inusitados problemas exigem na prática a construção de um “novo campo” de saber “comum a todas as categorias” dentro da ESF. Esse “novo campo de conhecimento para a ESF” vai sendo criado a partir da “interseção dos conhecimentos e habilidades de cada categoria”, com o objetivo de responder adequadamente às necessidades de saúde da população, promovendo qualidade de vida (DUNCAN *et al.*, 2011).

A construção e o exercício desse “novo campo de conhecimento” de forma alguma implica o abandono do núcleo de conhecimentos de cada categoria profissional da saúde, mas exige humildade, respeito mútuo e espírito científico entre os vários profissionais componentes das equipes de saúde da família (DUNCAN *et al.*, 2011). Conforme os autores amplamente citados Araújo e Rocha (2007), a interdisciplinaridade não representa a anulação da disciplinaridade, nem a

especificidade de cada saber, mas a possibilidade de uma compreensão integral do ser humano e do processo saúde-doença.

Desenvolver um bom trabalho em equipes multiprofissionais tem sido uma das maiores dificuldades das equipes de saúde da família. Um dos motivos para isso é a ausência de habilidades para estabelecer relações construtivas entre os profissionais, já que essas habilidades não são desenvolvidas pelos cursos de graduação da maioria destas categorias que se encontram hoje trabalhando na ESF (formação acadêmica estática e flexneriana). A criação de cursos de pós-graduação multiprofissionais, com predomínio de atividades em serviço, vem sendo defendida como uma das iniciativas para resolver esse problema (DUNCAN *et al.*, 2011).

Os cursos de capacitação em saúde da família no Brasil têm sido construídos com caráter multiprofissional, incluindo profissionais como psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, dentre outros. Esses cursos são *locus* de experiências importantes para o desenvolvimento de uma prática interdisciplinar, que geralmente não recebe a ênfase necessária nos cursos de graduação. Além disso, os programas incentivados pelo governo, como as residências e especializações multiprofissionais em saúde da família, abrem espaço para novas conquistas na qualificação da assistência à saúde no Brasil (LOCH-NECKEL *et al.*, 2009).

Para Santos e Cutolo (2003) a dificuldade do trabalho de caráter interdisciplinar em equipe multiprofissional, gerada principalmente pela deficiência na formação acadêmica e profissional dos componentes desta, é também pela falta de perfil exigido para o exercício do atendimento integral e vinculado a uma população pré-definida territorialmente. No caso dos médicos, como trabalhar no PSF representa um acréscimo salarial importante, muitos profissionais se interessam em fazer parte das equipes, sendo a sua grande maioria composta por profissionais recém-formados à espera de uma vaga na residência ou nas especializações.

A nova tendência à formação de profissionais generalistas, com formação mais ampla, sem ênfase na especialização, pode levar a uma modificação do perfil profissional de nossos acadêmicos e, em consequência, de nossos profissionais, os quais deverão aprender a atuar em conjunto dentro dos parâmetros do modelo preventivo e de promoção à saúde preconizado pelo Ministério da Saúde e concretizado pela estratégia de saúde da família (SANTOS; CUTOLO, 2003).

A partir das novas diretrizes curriculares e de sua implantação nos cursos de saúde, será possível intervir ainda nos bancos universitários para formar uma cultura mais geral de convivência multiprofissional, com respeito às peculiaridades de cada profissão, trabalhando e interagindo dentro de uma equipe a fim de modificar os atuais padrões de atuação profissional para outro com características interdisciplinares (SANTOS; CUTOLO, 2003).

Neste contexto, o trabalho em equipe multiprofissional constituiria uma importante ferramenta na abordagem das múltiplas dimensões que envolvem as ações de saúde, e o desafio é produzir um novo saber, oriundo dos processos de reflexão a respeito da complexa tarefa do cuidado às necessidades de saúde das pessoas. (MARIN *et al.*, 2010). É no diálogo entre diferentes campos de conhecimento que se encontram as ferramentas para a abordagem da complexidade dos problemas, buscando-se, assim, a complementaridade e a diversidade entre campos para que sinergias potencializem respostas mais eficazes (STAUDT, 2008).

## **6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Uma vez realizado o diagnóstico situacional da área de abrangência da UAPS corregofundense Cristino Antônio de Faria, vamos expor, passo a passo, a construção do plano de ação para intervenção sobre o problema selecionado a partir desse diagnóstico feito.

### **6.1 Definição dos problemas**

No diagnóstico situacional realizado identificamos os seguintes problemas: analfabetismo; acesso restrito ao lazer; acesso restrito ao esporte; dislipidemia, hipertensão, diabetes, estados depressivos, verminoses; gestantes adolescentes; desemprego; pequenos furtos na comunidade; evasão escolar; drogadição; e alcoolismo.

Como a lista de problemas é extensa, tivemos que estabelecer, coletivamente, as prioridades.

### **6.2 Priorização de problemas**

Após a identificação dos problemas, tivemos que priorizar aqueles que seriam enfrentados. Essa priorização acontece pela dificuldade de se resolver todos os problemas ao mesmo tempo - falta de recursos financeiros, humanos, materiais, etc.

Nossa equipe identificou como prioridades aquelas situações que levam a maior morbidade e mortalidade na população da área de responsabilidade.

Para que a tarefa de ordenação fique mais prática e palpável, decidimos priorizar os problemas em função do grau de importância e urgência em serem solucionados e da capacidade de enfrentamento pelos atores locais com os recursos disponíveis.

Segue abaixo um guia que traduz o parágrafo anterior e que nos auxiliou na tarefa de estabelecer uma ordem de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico situacional da comunidade (Quadro 2).

**Quadro 2 - Guia de priorização**

Guia de Priorização	
<b>1 - Grau de Importância</b>	( - ) não é importante
	( + ) é importante
	( ++ ) muito importante
<b>2 - Grau de Urgência</b>	( - ) não é urgente
	( + ) é urgente
	( ++ ) muito urgente
<b>3 - Capacidade de Enfrentamento pelos Atores Locais</b>	
<b>3.1 - Recursos Humanos</b>	( - ) incapazes de enfrentar
	( + ) capazes de enfrentar
	( ++ ) muito capazes de enfrentar
<b>3.2 - Recursos Materiais</b>	( - ) não disponíveis e impossíveis mediante custo ou complexidade
	( + ) disponíveis ou possíveis de serem disponibilizados
	( ++ ) sempre disponíveis (de uso comum e frequente)
<b>3.3 - Parcerias</b>	( - ) impossíveis para o momento
	( + ) possíveis, mas de difícil realização
	( ++ ) possíveis de serem realizadas a curto prazo ou já existentes
<b>4 - Somamos (somar os +)</b>	

Fonte: Plano de ação para intervenção sobre o problema selecionado a partir do diagnóstico situacional realizado na área de abrangência da UAPS Cristino Antônio de Faria, Córrego Fundo/MG, 2012.

A nossa prioridade, segundo a soma do roteiro visto, segue a seguinte ordem:

1. hipertensão arterial;
2. diabetes;
3. alcoolismo;
4. drogadição;
5. gestantes adolescentes.

Elegemos a hipertensão arterial sistêmica como problema a ser enfrentado primeiramente.

### 6.3 Descrição do problema selecionado

A identificação e priorização dos problemas não são suficientes para que se possa definir as intervenções na perspectiva de solucioná-los. É preciso avançar mais na compreensão ou explicação de cada problema, caracterizá-lo e descrevê-lo melhor.

Como pode ser visto no passo anterior, elegemos a hipertensão arterial sistêmica como problema a ser enfrentado primeiramente. É importante salientar novamente que o ato de priorizar não significa que vamos deixar de atuar nas demais áreas, e sim que, nesse determinado momento, estaremos dando maior importância às ações e atividades que foram priorizadas.

Para cumprir com as exigências do passo em questão e ponderar a dimensão da hipertensão arterial dentro da nossa realidade, elaboramos um quadro descritivo do problema priorizado (Quadro 3), definindo os indicadores e as fontes de informação utilizadas.

#### Quadro 3 – Descritores do problema hipertensão arterial sistêmica

QUADRO DESCRITIVO DO PROBLEMA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA - UAPS CRISTINO ANTÔNIO DE FARIA/CÓRREGO FUNDO-MG, 2012<sup>(6)</sup>

INDICADORES	Valores	Fontes
Morbidade Referida: Hipertensão Arterial <sup>(1)</sup> .....	408 <sup>(1)</sup>	SIAB
Alta prevalência de hipertensos <sup>(2)</sup> .....	-	Informante-chave
% de Recém-Nascidos com Peso < 2.500 g <sup>(3, 6)</sup> .....	7,62 <sup>(6)</sup>	SIAB
Número de Reuniões <sup>(4, 6)</sup> .....	12 <sup>(6)</sup>	SIAB, Registro da Equipe
Visitas Domiciliares do Médico <sup>(5, 6)</sup> .....	2 <sup>(6)</sup>	SIAB, Registro da Equipe

(1) Morbidade referida na área de abrangência da UAPS Cristino Antônio de Faria/Córrego Fundo, 2012. Os valores confirmam que 22,53% da população ≥ 20 anos residente no território de abrangência da UAPS é hipertensa. Esta prevalência está acima da média nacional descrita, a qual corresponde a 15 ± 3% da população de 20 anos ou mais de idade.

(2) Embora feito com olhar leigo, foi um dos problemas identificados por um informante-chave.

(3) Alguns estudos correlacionam baixo peso ao nascer com hipertensão arterial na vida adulta.

(4) Baixo número de reuniões. Isso implica, necessariamente, em queda na promoção à saúde da população adscrita.

(5) Poucas visitas domiciliares realizadas por médicos. Isso implica, necessariamente, em queda na promoção à saúde da população adscrita.

(6) Dados colhidos até o mês de agosto de 2012.

Fonte: Plano de ação para intervenção sobre o problema selecionado a partir do diagnóstico situacional realizado na área de abrangência da UAPS Cristino Antônio de Faria, Córrego Fundo/MG, 2012.

O quadro 3 demonstra a caracterização do problema e é útil na definição das ações que a equipe deve desenvolver para o seu enfrentamento, para a organização da sua agenda e para o monitoramento e avaliação da eficácia e eficiência das intervenções propostas.

#### **6.4 Explicação do problema**

Até aqui o problema foi descrito e caracterizado. Geralmente, a causa de um problema é outro problema ou outros problemas. Este quarto passo tem como objetivo entender a gênese do problema que queremos enfrentar a partir da identificação das suas causas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

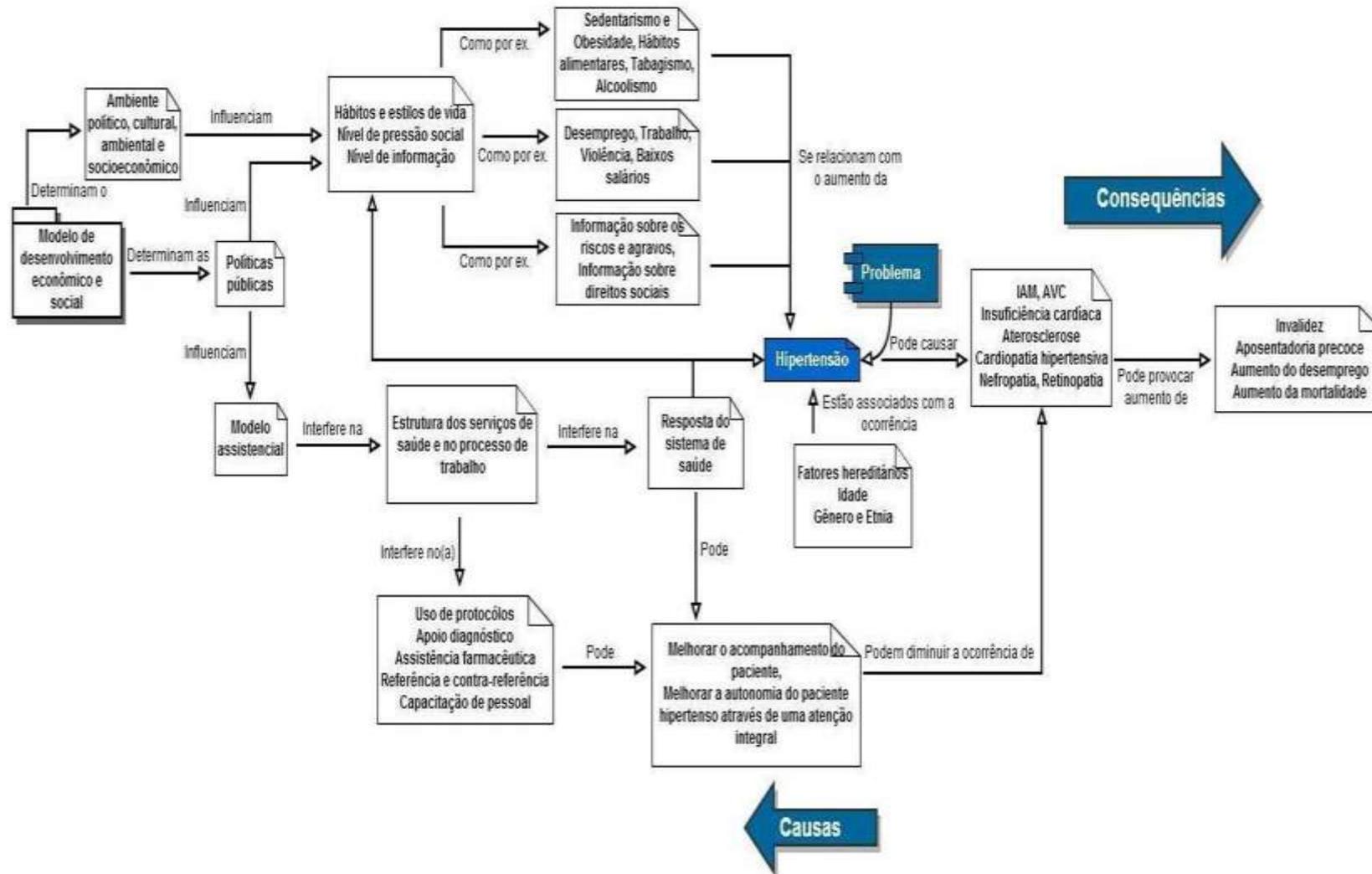
Vejam na página seguinte o esquema explicativo do problema identificado como prioritário (Figura 1).

#### **6.5 Seleção dos “nós críticos”**

Neste passo, selecionamos alguns "nós críticos" a partir do esquema explicativo do problema identificado como prioritário (Figura 1). Nossas escolhas se basearam em causas passíveis de soluções e nas respostas das seguintes perguntas:

1. Essa causa é possível de ser transformada ou eliminada com os recursos que dispomos?
2. Essa causa é de competência de intervenção somente do setor saúde?
3. Essa causa, se eliminada ou transformada, gerará um bom impacto sobre o problema?

Figura 1 - Árvore explicativa do problema hipertensão arterial



Fonte: Plano de ação para intervenção sobre o problema selecionado a partir do diagnóstico situacional realizado na área de abrangência da UAPS Cristiano Antônio de Faria, Córrego Fundo/MG, 2012.

Vejam, no quadro abaixo, quais foram os “nós críticos” selecionados:

#### **Quadro 4 – “Nós críticos” selecionados**

<b>Listagem das causas a serem enfrentadas (nós críticos):</b>
<b>1° Sedentarismo, obesidade, hábitos alimentares, tabagismo e alcoolismo</b>
<b>2° Informação sobre os riscos e agravos da doença</b>
<b>3° Nível de pressão social</b>
<b>4° Processo de trabalho da equipe</b>
<b>5° Estrutura dos serviços de saúde</b>

Fonte: Plano de ação para intervenção sobre o problema selecionado a partir do diagnóstico situacional realizado na área de abrangência da UAPS Cristino Antônio de Faria, Córrego Fundo/MG, 2012.

### **6.6 Desenho das operações**

A partir dos “nós críticos” identificados no passo anterior, propusemos operações voltadas à solução das causas selecionadas como "nós críticos", produtos e resultados esperados dessas operações e recursos necessários à execução dos projetos. O quadro da página seguinte (Quadro 5) permite ao leitor compreender melhor de como se deu a organização dos itens propostos e ter uma visualização mais ampla do problema.

### **6.7 Identificação dos recursos críticos**

Já o quadro 6 menciona os recursos críticos necessários para o desenvolvimento de cada operação definida (enfrentamento dos "nós críticos" do problema Hipertensão Arterial Sistêmica). Vale lembrar que recursos críticos são aqueles recursos indispensáveis para a execução de um projeto e que não estão disponíveis de imediato. Portanto, para que um plano se torne viável, é importante que a equipe saiba identificar os recursos críticos com nitidez e clareza.

## Quadro 5 – Desenho de operações para os “nós críticos” do problema

(continua)

Desenho de operações para os "nós críticos" do problema Hipertensão Arterial Sistêmica				
Nó Crítico	Operação/Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Sedentarismo, obesidade, hábitos alimentares, tabagismo e alcoolismo	<b>MUDAR PARA VIVER!</b> Modificar hábitos e estilos de vida.	Reduzir indivíduos com padrão alimentar inadequado (ex., dieta rica em sódio), sedentários, obesos, fumantes e alcoólatras.	Espaço na rádio local (programa de saúde organizado pela Secretaria Municipal de Saúde); campanha educativa através de panfletos e cartazes; grupos operativos voltados à população obesa, tabagista e etilista; parcerias com entidades locais comprometidas com a população alcoólatra; programa de atividade física ao ar livre (na praça).	<b>Organizacional:</b> organizar campanhas educativas, programas de atividade física e grupos operativos; <b>Cognitivo:</b> informação sobre o tema e estratégias de comunicação; <b>Político:</b> conseguir o espaço na rádio local, mobilização social e articulação com outras entidades; <b>Financeiro:</b> aquisição de recursos audiovisuais, folhetos, panfletos, cartazes etc.
Informação sobre os riscos e agravos da doença	<b>FIQUE DE OLHO!</b> Aumentar o nível de informação da comunidade sobre os riscos e agravos da doença.	Comunidade instruída acerca da doença.	Espaço na rádio local (programa de saúde organizado pela Secretaria Municipal de Saúde); palestras realizadas em escolas e empresas; capacitação dos profissionais envolvidos; emprego de materiais educativos (cartazes, folders, panfletos, banners); grupos operativos.	<b>Organizacional:</b> organizar grupos operativos e palestras educativas; <b>Cognitivo:</b> conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas; <b>Político:</b> conseguir o espaço na rádio local, articulação intersetorial e mobilização social; <b>Financeiro:</b> aquisição de recursos audiovisuais, folhetos, panfletos e cartazes, investimento em capacitação profissional.
Nível de pressão social	<b>QUALIDADE DENTRO E FORA DO TRABALHO</b> Estimular a economia e incitar a civilização local.	Melhorar as condições de trabalho, aumentar salários e diminuir a taxa de desemprego.  Promover a segurança da localidade.	Palestras educativas nas empresas voltadas à saúde do trabalhador; instigar as empresas a lançarem mão profissionais especializados em saúde do trabalhador; demanda agendada no centro de saúde (saúde do trabalhador); em parceria com a prefeitura, oferecer meios que facilitem o acesso à graduação: transporte para cidades vizinhas, bolsas comunitárias (concedidas àqueles que prestarem algum tipo de serviço na comunidade) etc.  Palestras em escolas do município (visando atingir o problema das drogas e, conseqüentemente, da violência); aproximação com líderes comunitários capazes de interferir na forma como certos grupos promotores da desordem atuam.	<b>Organizacional:</b> organizar palestras educativas e agenda; <b>Cognitivo:</b> informação sobre o tema, elaboração e gestão de projetos que facilitem o acesso à graduação (ensino superior). Bolsas comunitárias poderão ser concedidas àqueles que prestarem algum tipo de serviço na comunidade; <b>Político:</b> mobilização de líderes comunitários em torno das questões de segurança, articulação intersetorial e aprovação dos projetos; <b>Financeiro:</b> financiamento dos projetos e aquisição de recursos audiovisuais, folhetos, panfletos e cartazes que porventura venham ser utilizados em palestras.

### Quadro 5 – Desenho de operações para os “nós críticos” do problema

(conclusão)

<p>Processo de trabalho da equipe</p>	<p><b>UM TRABALHO DIFERENTE E CONDIZENTE</b>          Valorização da comunicação e dos espaços de participação / negociação; construção de parcerias para melhor abordagem dos "nós críticos"; uso adequado de protocolos; boa gestão das informações; planejamento, monitoramento e avaliação das intervenções; organização da agenda.</p>	<p>Assistência adequada aos hipertensos da comunidade.</p>	<p>Implantação de protocolos voltados ao atendimento de pacientes hipertensos; capacitação dos profissionais envolvidos; acesso e uso estratégico de sistemas de informação; adoção de parcerias na comunidade.</p>	<p><b>Organizacional:</b> organização da agenda e planejamento, monitoramento e avaliação das intervenções adotadas;  <b>Cognitivo:</b> estratégias de comunicação, elaboração de protocolos e uso apropriado dos sistemas de informação;  <b>Político:</b> articulação entre os setores da saúde, adesão dos profissionais e construção de parcerias com vários segmentos da comunidade;  <b>Financeiros:</b> investimentos em capacitação profissional e em sistemas de informação.</p>
<p>Estrutura dos serviços de saúde</p>	<p><b>INVESTIR PARA COLHER</b>          Melhorar a estrutura do serviço de saúde para atendimento dos hipertensos da comunidade.</p>	<p>Disponibilidade de anti-hipertensivos e investigação laboratorial básica para os pacientes hipertensos.</p>	<p>Compra de anti-hipertensivos; convênios com laboratórios (em função da ausência de um laboratório municipal); capacitação dos profissionais envolvidos; contratos com serviços médicos especializados.</p>	<p><b>Cognitivo:</b> elaboração do plano de melhorias;  <b>Políticos:</b> decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço;  <b>Financeiros:</b> aumento da oferta de exames, consultas especializadas e medicamentos. Investimento em capacitação profissional.</p>

Fonte: Plano de ação para intervenção sobre o problema selecionado a partir do diagnóstico situacional realizado na área de abrangência da UAPS Cristiano Antônio de Faria, Córrego Fundo/MG, 2012.

**Quadro 6 – Identificação dos recursos críticos necessários**

<b>Operação/Projeto</b>	<b>Recursos Críticos</b>
<b>MUDAR PARA VIVER!</b>	<b>Organizacional:</b> organizar programas de atividade física e grupos operativos; <b>Político:</b> articulação com outras entidades; <b>Financeiro:</b> aquisição de recursos audiovisuais, folhetos, panfletos, cartazes etc.
<b>FIQUE DE OLHO!</b>	<b>Organizacional:</b> organizar grupos operativos; <b>Político:</b> articulação intersetorial; <b>Financeiro:</b> aquisição de recursos audiovisuais, folhetos, panfletos e cartazes, investimento em capacitação profissional.
<b>QUALIDADE DENTRO E FORA DO TRABALHO</b>	<b>Político:</b> aprovação de projetos; <b>Financeiro:</b> financiamento de projetos e aquisição de recursos audiovisuais, folhetos, panfletos e cartazes que porventura venham ser utilizados em palestras.
<b>UM TRABALHO DIFERENTE E CONDIZENTE</b>	<b>Cognitivo:</b> uso apropriado dos sistemas de informação; <b>Político:</b> articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais; <b>Financeiros:</b> investimento em capacitação profissional.
<b>INVESTIR PARA COLHER</b>	<b>Políticos:</b> decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; <b>Financeiros:</b> aumento da oferta de exames, consultas especializadas e medicamentos. Investimento em capacitação profissional.

Fonte: Plano de ação para intervenção sobre o problema selecionado a partir do diagnóstico situacional realizado na área de abrangência da UAPS Cristino Antônio de Faria, Córrego Fundo/MG, 2012.

## 6.8 Análise de viabilidade do plano

Em síntese, os objetivos desse passo são: identificar os atores que controlam recursos críticos necessários para implementação de cada operação; fazer análise da motivação desses atores em relação aos objetivos pretendidos pelo plano; desenhar ações estratégicas para motivar os atores e construir a viabilidade da operação.

Identificamos os atores que controlam os recursos críticos e sua motivação em relação a cada operação. Em seguida, propusemos em alguns casos ações estratégicas para motivar esses atores selecionados. Vejam a síntese apresentada no quadro a seguir (Quadro 7).

### Quadro 7 – Propostas de ações para a motivação dos atores

(continua)

Operações/Projetos	Recursos Críticos	Controle dos Recursos Críticos		Ações Estratégicas
		Ator que Controla	Motivação	
<b>MUDAR PARA VIVER!</b> Modificar hábitos e estilos de vida	<b>Organizacional:</b> organizar programas de atividade física; <b>Político:</b> articulação com outras entidades; <b>Financeiro:</b> aquisição de recursos audiovisuais, folhetos, panfletos, cartazes etc.	Secretaria de Esporte, Cultura e Lazer	Favorável	Não é necessária
		AA, Igreja, Associações de Bairro	Favorável	Não é necessária
		Secretário de Saúde	Favorável	Não é necessária
<b>FIQUE DE OLHO!</b> Aumentar o nível de informação da comunidade sobre os riscos e agravos da doença	<b>Organizacional:</b> organizar grupos operativos; <b>Político:</b> articulação intersetorial; <b>Financeiro:</b> aquisição de recursos audiovisuais, folhetos, panfletos e cartazes, investimento em capacitação profissional.	Profissionais da Equipe com Nível Superior	Favorável	Não é necessária
		Secretaria de Educação	Favorável	Não é necessária
<b>QUALIDADE DENTRO E FORA DO TRABALHO</b> Estimular a economia e incitar a civilização local	<b>Político:</b> aprovação de projetos; <b>Financeiro:</b> financiamento de projetos e aquisição de recursos audiovisuais, folhetos, panfletos e cartazes que porventura venham ser utilizados em palestras.	Secretaria de Educação	Indiferente	Apresentar o projeto  Buscar apoio da comunidade
		Secretaria de Saúde	Indiferente	
		Secretaria de Planejamento	Indiferente	
		Secretaria de Políticas Sociais	Indiferente	
		Câmara Municipal	Indiferente	
		Prefeito	Indiferente	
		Secretaria de Fazenda	Indiferente	
		Secretaria de Educação	Indiferente	
		Secretaria de Saúde	Indiferente	

### Quadro 7 – Propostas de ações para a motivação dos atores

(conclusão)				
<b>UM TRABALHO DIFERENTE E CONDIZENTE</b> Valorização da comunicação e dos espaços de participação / negociação; construção de parcerias para melhor abordagem dos "nós críticos"; uso adequado de protocolos; boa gestão das informações; planejamento, monitoramento e avaliação das intervenções; organização da agenda	<b>Cognitivo:</b> uso apropriado dos sistemas de informação;	Gerente/Gestor	Indiferente	Reunião para questionar se as informações estão contribuindo de maneira eficiente para a orientação e planejamento do serviço
	<b>Político:</b> articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais;	Secretário de Saúde	Favorável	Não é necessária
	<b>Financeiro:</b> investimento em capacitação profissional.	Secretário de Saúde	Indiferente	Convocar reunião para ser apresentada a importância da capacitação profissional
<b>INVESTIR PARA COLHER</b> Melhorar a estrutura do serviço de saúde para atendimento dos hipertensos da comunidade	<b>Político:</b> decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço;	Prefeito Secretaria de Saúde	Indiferente Indiferente	Apresentar o projeto de investimento e melhorias
	<b>Financeiro:</b> aumento da oferta de exames, consultas especializadas e medicamentos.	Prefeito Secretaria de Fazenda Fundo Nacional de Saúde	Indiferente Indiferente Indiferente	
	<b>Investimento em capacitação profissional.</b>	Secretaria de Saúde	Indiferente	

Fonte: Plano de ação para intervenção sobre o problema selecionado a partir do diagnóstico situacional realizado na área de abrangência da UAPS Cristino Antônio de Faria, Córrego Fundo/MG, 2012.

## **6.9 Elaboração do plano operativo**

Conforme o quadro da página seguinte (Quadro 8), designamos os responsáveis por cada operação (gerente de operação) e definimos os prazos para a execução das operações.

## **6.10 Gestão do plano**

O sucesso de um plano depende de como será feita sua gestão.

Assim sendo, com o intuito de implementarmos nosso plano efetivamente, elaboramos uma planilha (Quadro 9) que irá sinalizar, no futuro, a situação do plano da equipe mediante o acompanhamento da execução das operações instituídas.

## Quadro 8 – Plano operativo

(continua)

Operações	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsáveis	Prazo
<p><b>MUDAR PARA VIVER!</b> Modificar hábitos e estilos de vida</p>	<p>Reduzir indivíduos com padrão alimentar inadequado (ex., dieta rica em sódio), sedentários, obesos, fumantes e alcoólatras.</p>	<p>Espaço na rádio local (programa de saúde organizado pela Secretaria Municipal de Saúde); campanha educativa através de panfletos e cartazes; grupos operativos voltados à população obesa, tabagista e etilista; parcerias com entidades locais comprometidas com a população alcoólatra; programa de atividade física ao ar livre (na praça).</p>	-	<p>Marcelo Henrique O. Amarante e Lucimar Alves Guimarães</p>	<p>5 meses para o início de todas as atividades</p>
<p><b>FIQUE DE OLHO!</b> Aumentar o nível de informação da comunidade sobre os riscos e agravos da doença</p>	<p>Comunidade instruída acerca da doença.</p>	<p>Espaço na rádio local (programa de saúde organizado pela Secretaria Municipal de Saúde); palestras realizadas em escolas e empresas; capacitação dos profissionais envolvidos; emprego de materiais educativos (cartazes, folders, panfletos, banners); grupos operativos.</p>	<p>Convocar reunião para ser apresentada a importância da capacitação profissional.</p>	<p>Marcelo Henrique O. Amarante e Marina Carla Guimarães</p>	<p>6 meses para o início de todas as atividades</p>
<p><b>QUALIDADE DENTRO E FORA DO TRABALHO</b> Estimular a economia e incitar a civilização local</p>	<p>Melhorar as condições de trabalho, aumentar salários e diminuir a taxa de desemprego.  Promover a segurança da localidade.</p>	<p>Palestras educativas nas empresas voltadas à saúde do trabalhador; instigar as empresas a lançarem mão de médicos e enfermeiras do trabalho (investir nesses profissionais especializados); demanda agendada no centro de saúde (saúde do trabalhador); em parceria com a prefeitura municipal, oferecer meios que facilitem o acesso à graduação: transporte (até Formiga-MG ou Arcos-MG - cidades que possuem cursos de ensino superior), bolsas comunitárias (concedidas àqueles que prestarem algum tipo de serviço na comunidade) etc.  Palestras em escolas do município (visando atingir o problema das drogas e, conseqüentemente, da violência); aproximação com líderes comunitários capazes de interferir, de algum modo, na forma como certos grupos promotores da desordem atuam.</p>	<p>Apresentar o projeto.  Buscar apoio da comunidade.</p>	<p>Telma Maria Lopes e Glenda Fátima Pereira</p>	<p>Apresentar o projeto em 6 meses e iniciar as atividades (que envolvam o projeto) em 12 meses  Início das demais atividades em 8 meses</p>

## Quadro 8 – Plano operativo

(conclusão)

<p><b>UM TRABALHO DIFERENTE E CONDIZENTE</b> Valorização da comunicação e dos espaços de participação / negociação; construção de parcerias para melhor abordagem dos "nós críticos"; uso adequado de protocolos; boa gestão das informações; planejamento, monitoramento e avaliação das intervenções; organização da agenda</p>	<p>Assistência adequada aos hipertensos da comunidade.</p>	<p>Implantação de protocolos voltados ao atendimento de pacientes hipertensos; capacitação dos profissionais envolvidos; acesso e uso estratégico de sistemas de informação; adoção de parcerias na comunidade.</p>	<p>Reunião para questionar se as informações estão contribuindo de maneira eficiente para a orientação e planejamento do serviço.  Convocar reunião para ser apresentada a importância da capacitação profissional.</p>	<p>Telma Maria Lopes  e  Marcelo Henrique O. Amarante</p>	<p>Início em 6 meses e finalização em 12 meses</p>
<p><b>INVESTIR PARA COLHER</b> Melhorar a estrutura do serviço de saúde para atendimento dos hipertensos da comunidade</p>	<p>Disponibilidade de anti-hipertensivos e investigação laboratorial básica para os pacientes hipertensos.</p>	<p>Compra de anti-hipertensivos; convênios com laboratórios (em função da ausência de um laboratório municipal); capacitação dos profissionais envolvidos; contratos com serviços médicos especializados.</p>	<p>Apresentar o projeto de investimento e melhorias.</p>	<p>Telma Maria Lopes  e  Marcelo Henrique O. Amarante</p>	<p>Apresentar o projeto em 6 meses ↓ 12 meses para aprovação e liberação dos recursos ↓ 3 meses para compras ↓ Início em 3 meses e finalização em 6 meses</p>

Fonte: Plano de ação para intervenção sobre o problema selecionado a partir do diagnóstico situacional realizado na área de abrangência da UAPS Cristino Antônio de Faria, Córrego Fundo/MG, 2012.

### Quadro 9 – Planilha para acompanhamento de projetos

(continua)

<b>OPERAÇÃO: MUDAR PARA VIVER!</b> <b>COORDENAÇÃO: Marcelo Henrique Oliveira Amarante</b> <b>Avaliação após 6 meses do início do projeto</b>					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
1. Espaço na rádio local	Marcelo Henrique O. Amarante	5 meses	Avaliar situação após 06 meses do início do projeto	Justificar caso existir atraso	Avaliar necessidade de novo prazo (se atraso)
2. Campanha educativa através de panfletos e cartazes	Marcelo Henrique O. Amarante	5 meses	Avaliar situação após 06 meses do início do projeto	Justificar caso existir atraso	Avaliar necessidade de novo prazo (se atraso)
3. Grupos operativos voltados à população obesa, tabagista e etilista	Marcelo Henrique O. Amarante	5 meses	Avaliar situação após 06 meses do início do projeto	Justificar caso existir atraso	Avaliar necessidade de novo prazo (se atraso)
4. Parcerias com entidades locais comprometidas com a população alcoólatra	Lucimar Alves Guimarães	5 meses	Avaliar situação após 06 meses do início do projeto	Justificar caso existir atraso	Avaliar necessidade de novo prazo (se atraso)
5. Programa de atividade física ao ar livre (na praça)	Lucimar Alves Guimarães	5 meses	Avaliar situação após 06 meses do início do projeto	Justificar caso existir atraso	Avaliar necessidade de novo prazo (se atraso)

### Quadro 9 – Planilha para acompanhamento de projetos

(continuação)

<b>OPERAÇÃO: FIQUE DE OLHO!</b> <b>COORDENAÇÃO: Marcelo Henrique Oliveira Amarante</b> <b>Avaliação após 6 meses do início do projeto</b>					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
1. Espaço na rádio local	Marcelo Henrique O. Amarante	6 meses	Avaliar situação após 06 meses do início do projeto	Justificar caso existir atraso	Avaliar necessidade de novo prazo (se atraso)
2. Palestras realizadas em escolas e empresas	Marina Carla Guimarães	6 meses	Avaliar situação após 06 meses do início do projeto	Justificar caso existir atraso	Avaliar necessidade de novo prazo (se atraso)
3. Capacitação dos profissionais envolvidos	Marcelo Henrique O. Amarante	6 meses	Avaliar situação após 06 meses do início do projeto	Justificar caso existir atraso	Avaliar necessidade de novo prazo (se atraso)
4. Emprego de materiais educativos (cartazes, folders, panfletos, banners)	Marina Carla Guimarães	6 meses	Avaliar situação após 06 meses do início do projeto	Justificar caso existir atraso	Avaliar necessidade de novo prazo (se atraso)
5. Grupos operativos	Marcelo Henrique O. Amarante	6 meses	Avaliar situação após 06 meses do início do projeto	Justificar caso existir atraso	Avaliar necessidade de novo prazo (se atraso)

### Quadro 9 – Planilha para acompanhamento de projetos

(continuação)

<b>OPERAÇÃO: QUALIDADE DENTRO E FORA DO TRABALHO</b> <b>COORDENAÇÃO: Telma Maria Lopes</b> <b>Avaliação após 6 meses do início do projeto</b>					
<b>Produtos</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação Atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo Prazo</b>
1. Palestras educativas nas empresas voltadas à saúde do trabalhador	Telma Maria Lopes	8 meses	Avaliar situação após 06 meses do início do projeto	Justificar caso existir atraso	Avaliar necessidade de novo prazo (se atraso)
2. Instigar as empresas a lançarem mão de médicos e enfermeiras do trabalho (investir nesses profissionais especializados)	Telma Maria Lopes	8 meses	Avaliar situação após 06 meses do início do projeto	Justificar caso existir atraso	Avaliar necessidade de novo prazo (se atraso)
3. Demanda agendada no centro de saúde (saúde do trabalhador)	Glenda Fátima Pereira	8 meses	Avaliar situação após 06 meses do início do projeto	Justificar caso existir atraso	Avaliar necessidade de novo prazo (se atraso)
4. Em parceria com a prefeitura municipal, oferecer meios que facilitem o acesso à graduação: transporte (até Formiga-MG ou Arcos-MG - cidades que possuem cursos de ensino superior), bolsas comunitárias (concedidas àqueles que prestarem algum tipo de serviço na comunidade)	Telma Maria Lopes	12 meses	Avaliar situação após 06 meses do início do projeto	Justificar caso existir atraso	Avaliar necessidade de novo prazo (se atraso)

**Quadro 9 – Planilha para acompanhamento de projetos**

						(continuação)
5. Palestras em escolas do município (visando atingir o problema das drogas e, conseqüentemente, da violência)	Glenda Fátima Pereira	8 meses	Avaliar situação após 06 meses do início do projeto	Justificar caso existir atraso	Avaliar necessidade de novo prazo (se atraso)	
6. Aproximação com líderes comunitários capazes de interferir, de algum modo, na forma como certos grupos promotores da desordem atuam	Glenda Fátima Pereira	8 meses	Avaliar situação após 06 meses do início do projeto	Justificar caso existir atraso	Avaliar necessidade de novo prazo (se atraso)	
<b>OPERAÇÃO: UM TRABALHO DIFERENTE E CONDIZENTE</b>						
<b>COORDENAÇÃO: Marcelo Henrique Oliveira Amarante</b>						
<b>Avaliação após 6 meses do início do projeto</b>						
<b>Produtos</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação Atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo Prazo</b>	
1. Implantação de protocolos voltados ao atendimento de pacientes hipertensos	Telma Maria Lopes	6 meses	Avaliar situação após 06 meses do início do projeto	Justificar caso existir atraso	Avaliar necessidade de novo prazo (se atraso)	
2. Capacitação dos profissionais envolvidos	Marcelo Henrique O. Amarante	6 meses	Avaliar situação após 06 meses do início do projeto	Justificar caso existir atraso	Avaliar necessidade de novo prazo (se atraso)	
3. Acesso e uso estratégico de sistemas de informação	Marcelo Henrique O. Amarante	6 meses	Avaliar situação após 06 meses do início do projeto	Justificar caso existir atraso	Avaliar necessidade de novo prazo (se atraso)	

**Quadro 9 – Planilha para acompanhamento de projetos**

					(conclusão)
4. Adoção de parcerias na comunidade	Telma Maria Lopes	6 meses	Avaliar situação após 06 meses do início do projeto	Justificar caso existir atraso	Avaliar necessidade de novo prazo (se atraso)
<b>OPERAÇÃO: INVESTIR PARA COLHER</b>					
<b>COORDENAÇÃO: Telma Maria Lopes</b>					
<b>Avaliação após 6 meses do início do projeto</b>					
<b>Produtos</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação Atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo Prazo</b>
1. Compra de anti-hipertensivos	Telma Maria Lopes	21 meses	Avaliar situação após 06 meses do início do projeto	Justificar caso existir atraso	Avaliar necessidade de novo prazo (se atraso)
2. Convênios com laboratórios (em função da ausência de um laboratório municipal)	Telma Maria Lopes	21 meses	Avaliar situação após 06 meses do início do projeto	Justificar caso existir atraso	Avaliar necessidade de novo prazo (se atraso)
3. Capacitação dos profissionais envolvidos	Marcelo Henrique O. Amarante	3 meses	Avaliar situação após 06 meses do início do projeto	Justificar caso existir atraso	Avaliar necessidade de novo prazo (se atraso)
4. Contratos com serviços médicos especializados	Marcelo Henrique O. Amarante	21 meses	Avaliar situação após 06 meses do início do projeto	Justificar caso existir atraso	Avaliar necessidade de novo prazo (se atraso)

Fonte: Plano de ação para intervenção sobre o problema selecionado a partir do diagnóstico situacional realizado na área de abrangência da UAPS Cristino Antônio de Faria, Córrego Fundo/MG, 2012.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que o planejamento das ações e dos serviços de saúde em nossa equipe requer informações atualizadas sobre os determinantes e as condições de saúde da área de abrangência da unidade. A existência de informações confiáveis e atualizadas sobre esses parâmetros permite aos nossos gestores e aos profissionais da equipe planejar, avaliar e monitorar os serviços de saúde por meio de dados consonantes com a realidade local. O conhecimento do perfil de agravos à saúde prevalentes na comunidade é um indicador imprescindível para a provisão de serviços e recursos, seja em termos de pessoal, equipamentos, medicamentos ou outros insumos usados em atividades de caráter preventivo, diagnóstico, terapêutico e de reabilitação.

A elaboração do diagnóstico situacional e a identificação e priorização dos problemas foram etapas fundamentais no processo de planejamento da nossa equipe. Para consolidação dessa proposta de intervenção, todos os integrantes da equipe, forçosamente, tiveram que se unir e trabalhar de maneira integrada em prol do sucesso comum. Tivemos que transformar a estrutura gerencial verticalizada para uma mais horizontal e, para a efetividade do projeto de ação, foi necessária a modificação do trabalho em “grupo” para o trabalho realmente em equipe.

Como o trabalho em equipe, no início do projeto, encontrava-se fragmentado e os envolvidos na atividade não conseguiam atuar em sintonia, o plano de intervenção em estudo ficou estagnado e paralisado por um bom tempo. Inicialmente não havia flexibilidade na divisão do trabalho e a especificidade de cada um era preservada, sendo que uma pessoa não influenciava a outra. Observava-se também independência no trabalho e autonomia plena dos atores envolvidos, não havendo, portanto, compartilhamento de sucesso ou de satisfação.

Diante desse processo de trabalho descrito, era dificultoso o desembaraçar do plano de ação delineado. Assim, todos os profissionais sentiram na pele a necessidade de integração, interdependência e complementação das habilidades. O reconhecimento da competência de cada membro da equipe passou a ser apreciado pelas lideranças e, com a nova proposta de atuar, começaram a surgir discussões e negociações que culminaram com o desenrolar do projeto em pauta. A partir de

então, os objetivos, as decisões, as responsabilidades e os resultados passaram a ser compartilhados entre todos em uma organização mais horizontal de trabalho.

Ao mesmo tempo, sabíamos também que a mudança nas relações de trabalho não acontece de maneira rápida, pois os profissionais que compõem as equipes vêm de uma prática na qual predomina o poder do nível superior sobre o nível médio, da categoria médica sobre as demais. Nesse contexto, relações de poder hierarquizadas configuram elementos que fortalecem a situação de status de algumas profissões sobre outras, garantindo posições de liderança na equipe. Dessa forma, faz-se necessário redefinir no cotidiano das unidades responsabilidades e competências dos integrantes da equipe de saúde, sem esquecer os pontos de interseção entre as disciplinas.

A revisão literária desenvolvida nos mostra que trabalhar em equipe é um recurso estratégico de organização do trabalho que contribui para o alcance de melhores resultados e para aumentar a satisfação do trabalhador nas tarefas realizadas. Contudo, muitos trabalhadores da saúde ainda não estão preparados para o exercício do seu trabalho em conjunto com outros profissionais. A noção da complexidade da saúde e da enorme variedade de necessidades que o ser humano apresenta para se sentir bem indica a limitação que se passa tendo uma única categoria profissional para atingir a excelência da atenção à saúde da pessoa.

A implantação do PSF no Brasil, em 1994, valorizou os princípios básicos do SUS e algumas ferramentas de trabalho na atenção primária à saúde. Diante disso, não é mais possível ignorar o estudo sobre o trabalho em equipe nos planos de ensino dos diversos cursos de graduação na área da saúde, apesar da resistência cultural e das dificuldades inerentes a todo processo de mudança de paradigma. É preciso uma modificação dos currículos a fim de formar profissionais de cunho generalista, que se insiram na realidade da população, criando vínculos e soluções criativas para a convivência harmoniosa entre os vários saberes na área da saúde.

O processo de integração, através de práticas verdadeiramente interdisciplinares, é um método em construção que depende basicamente do tipo de profissional a ser formado nos bancos das Universidades, um profissional de saúde engajado nas questões sociais e de cunho generalista, capaz de resolver grande

parte das necessidades da população sob sua responsabilidade através da ótica da prevenção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde.

No nosso estudo, a interdisciplinaridade foi uma exigência imposta pela complexidade do plano de ação construído. Com esse plano se articularam indissociavelmente aspectos biológicos, culturais, econômicos, psicológicos e sociais. Assim, coloca-se como necessária a integração entre as ciências sociais, epidemiologia, planejamento em saúde e psicologia, buscando-se a discussão de teorias, conceitos e métodos e a aproximação dos serviços, políticos e programas de saúde.

O resultado final de um trabalho em equipe é resultado de um esforço conjunto. Todos os componentes da equipe devem estar desnudos de vaidades individuais. A ética e o respeito devem prevalecer. O profissional não deve temer o compartilhamento de saberes e a oportunidade de aprender junto para alcançar o melhor resultado nas propostas terapêuticas diversas, medicamentosas e de mudanças de estilo de vida, propostas e negociadas com as pessoas. Ele deve reconhecer os saberes e colaborar para que todos possam influenciar positivamente nesse processo.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, mar./abr. 2007. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63012219>>. Acesso em: 02 jan. 2014.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2.ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010.

CASTRO, F. M.; DIAS, R. B. **Trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família**. Belo Horizonte: Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade, 2007.

CÓRREGO FUNDO. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Córrego Fundo**. Córrego Fundo: Secretaria Municipal de Saúde de Córrego Fundo, 2010.

DUNCAN, B. B. *et al.* **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Org.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. 1.ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. 2 v.

LOCH-NECKEL, G. *et al.* Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1463-1472, set./out. 2009. Suplemento 1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a19v14s1.pdf>>. Acesso em: 07 jan. 2014.

MACHADO, E. L. G. *et al.* **Propedêutica e semiologia em cardiologia**. 1.ed. São Paulo: Atheneu, 2004.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARIN, M. J. S. *et al.* Pós-graduação multiprofissional em saúde: resultados de experiências utilizando metodologias ativas. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 331-344, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciict/1735/1/P%C3%B3s-gradua%C3%A7%C3%A3o%20multiprofissional%20em%20sa%C3%BAde.pdf>>. Acesso em: 03 jan. 2014.

OLIVEIRA, E. M.; SPIRI, W. C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 727-733, aug. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/25.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2014.

SANTOS, M. A. M.; CUTOLO, L. R. A. A Interdisciplinaridade e o Trabalho em Equipe no Programa de Saúde da Família. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 32, n. 4, p. 65-74, 2003. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/153.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2014.

SOUTH-PAUL, J. E.; MATHENY, S. C.; LEWIS, E. L. **CURRENT medicina de família e comunidade**: diagnóstico e tratamento. 2.ed. Porto Alegre: AMGH, 2010.

STAUDT, D. T. A interdisciplinaridade em atenção básica à saúde. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 75-84, jan./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.escoladesaudepublica.rs.gov.br/img2/A%20INTERDISCIPLINARIDADE.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2014.

WIKIPÉDIA. **Córrego Fundo**. Disponível em: <[http://pt.wikipedia.org/wiki/C%C3%B3rrego\\_Fundo](http://pt.wikipedia.org/wiki/C%C3%B3rrego_Fundo)>. Acesso em: 03 jan. 2014.

**ANEXOS**

## ANEXO A - Atribuições comuns a todos os profissionais da equipe

As orientações normativas ministeriais em relação ao trabalho em equipe na APS estão descritas na Portaria n. 648/GM de 28 de março de 2006 e reproduzidas abaixo.

Atribuições Comuns a Todos os Profissionais da Equipe
I - Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
II - Realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;
III - Realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
IV - Garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;
V - Realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
VI - Realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
VII - Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;
VIII - Participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
IX - Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
X - Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da Secretaria Municipal da Saúde;
XI - Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;
XII - Participar das atividades de educação permanente; e
XIII - Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

Fonte: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Org.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. 1.ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. 2 v.

## ANEXO B - Atribuições mínimas específicas de cada categoria

As atribuições mínimas específicas de cada categoria profissional são destacadas na Portaria n. 648/GM de 28 de março de 2006 e encontram-se reportadas logo abaixo.

Atribuições Mínimas Específicas de Cada Categoria Profissional da ESF
<p><b>Agente Comunitário de Saúde</b> Cadastrar e acompanhar todas as famílias da microárea de sua responsabilidade por meio de visitas domiciliares e na comunidade. Realizar ações educativas em saúde, promoção, prevenção da doença e de agravos e vigilância em saúde, integrando a população à equipe e ao sistema de saúde como um todo. O ACS deve ser o grande mobilizador das famílias, da comunidade e dos diversos setores que podem colaborar para a melhora da qualidade de vida da sua população e do sistema de saúde.</p>
<p><b>Enfermeiro</b> Realizar ações de gerenciamento na unidade de saúde. Dar assistência integral às famílias da área de abrangência da equipe, em todas as fases do ciclo de vida. Também é responsável pelas atividades de educação permanente e pelo planejamento, coordenação e avaliação das ações dos ACS's e da equipe de enfermagem.</p>
<p><b>Médico</b> Realizar assistência integral a famílias e indivíduos em todas as fases do desenvolvimento humano, na unidade, nos domicílios ou em qualquer espaço da comunidade, que sejam resultado de demanda espontânea ou programada, com resolubilidade e responsabilidade. Contribuir com o enfermeiro nas atividades de supervisão e educação permanente dos ACS's e no gerenciamento da unidade de saúde.</p>
<p><b>Técnico de Enfermagem</b> Realizar ações de gerenciamento na unidade de saúde. Realizar procedimentos de enfermagem na unidade, nos domicílios ou na comunidade. Realizar ações de educação em saúde.</p>
<p><b>Cirurgião Dentista</b> Trabalhar de forma integrada com os demais membros da equipe. Identificar o perfil epidemiológico e realizar planejamento de ações em saúde bucal para procedimentos clínicos e referenciar para outros níveis se necessário. Realizar atividades de educação em saúde integral e em saúde bucal com a comunidade e com a equipe. Fazer a supervisão do THD e do ACD.</p>
<p><b>Técnico em Higiene Dental (THD)</b> Colaborar com o dentista em todas as funções. Apoiar as atividades dos ACD's e dos ACS's nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal.</p>
<p><b>Auxiliar de Consultório Dentário (ACD)</b> Realizar desinfecção, esterilização e manutenção dos instrumentos utilizados. Organizar a agenda clínica.</p>

Fonte: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Org.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. 1.ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. 2 v.